

## Cardiología

## Cardiology

### C-1

#### INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO TIPO 2 RELACIONADO CON TUMOR ENDOCRINOLOGICO, FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE ANGINA INESTABLE

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, CABRERA-PEÑA VALENTINA, PARALES-STRAUCH RAFAEL GUILLERMO, CALTAGIRONE RAIMONDO, BLANCO-PIMIENTO EDGAR CAMILO, CILIBERTI-ARTAVIA MARÍA PAULA, JUAN CAMILO MARTINEZ-MORALES JUAN CAMILO.

*Hospital Local del Norte de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia).*

**Introducción.** Los feocromocitomas son tumores neuroendocrinos productores de catecolaminas que se originan en las células cromafines de la medula adrenal o en los ganglios simpáticos extra-adrenales. Estos últimos son referidos como feocromocitomas extra-adrenales o paragangliomas. Es poco frecuente y se estima que su prevalencia en pacientes con hipertensión es de 0,1-0,6%, pero hasta 4% en pacientes con un incidentaloma adrenal. La mayoría son esporádicos y estos al presentarse como síndrome coronario agudo son excepcionales los casos hasta ahora presentados.

**Presentación de caso.** Paciente de la VII década que consulta al servicio de urgencias por dolor torácico anginoso típico, tiene como antecedente un feocromocitoma estudiado por endocrinología, se aprecia EKG de 12 d con evidencia de síndrome de Wellens por patrón tipo 2.

**Discusión y conclusiones.** El tratamiento definitivo del feocromocitoma es la excisión quirúrgica del tumor. Actualmente, la cirugía laparoscópica es la técnica de elección, con las ventajas sobre la cirugía abierta. De importancia crítica es la conducta y el abordaje terapéutico perioperatorio y anestésico de estos pacientes, que ha permitido reducir la mortalidad desde 50% a menos de 3% en la actualidad. La evolución de la paciente ha sido satisfactoria en cuanto a la arteriografía coronaria mas angioplastia de la descendente anterior. En el momento se encuentra en espera de programar realizar remoción quirúrgica del feocromocitoma.

**Palabras clave.** *Infarto, oncología, endocrinología.*

## C-2

### DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA CORONARIA EN UN PACIENTE JOVEN TRAS UN ESFUERZO FÍSICO INTENSO

SOLANO-VEGA IRINA, LIZCANO-AROS JOSÉ ALFREDO, OSORIO-CARMONA HUGO ERNESTO.

*Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad Surcolombiana. Neiva (Colombia).*

**Introducción.** La disección espontánea de las arterias coronarias (DEAC) representa una causa importante de infarto de miocardio en las personas jóvenes. Se ha relacionado con múltiples factores desencadenantes, incluyendo el esfuerzo físico intenso.

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes relevantes, quien presentó dolor torácico agudo de características cardíacas que aparece tras realizar actividad física extenuante e inmediatamente después de haber consumido bebida fría. 2 meses antes había presentado un episodio similar, autolimitado, tras realizar actividad física. Su examen físico fue normal. El EKG no mostró hallazgos relevantes. La troponina I se encontraba elevada (8.71 ng/mL, valor de referencia de laboratorio <0.16 ng/mL), con curva positiva; dímero D elevado (1123 ng/mL, rango de referencia <500 ng/mL). Se dio manejo para síndrome coronario agudo y se ingresó a UCI para vigilancia. El cateterismo cardíaco evidenció una disección coronaria severa del tercio proximal y medio de la arteria descendente anterior, sin limitar el flujo (TIMI 3), con hematoma mural del tercio proximal, requiriendo infusión de tirofiban durante 72 horas, con control angiográfico posterior que mostró flap de disección estable y hematoma mural en resolución. El ecocardiograma evidenció función sistólica levemente disminuida. Se ampliaron estudios de orden vascular sin evidenciar signos de vasculitis ni de displasia fibromuscular. Los estudios de autoinmunidad fueron negativos. Durante la hospitalización el paciente cursa asintomático dándose de alta con manejo médico (carvedilol, aspirina y atorvastatina) y seguimiento ambulatorio.

**Discusión.** La DEAC ocurre principalmente en mujeres, en quienes los factores de riesgo cardiovascular clásicos no son frecuentes. Su fisiopatología es distinta a la del infarto agudo de miocardio aterosclerótico, por lo que es importante tener conciencia de la enfermedad ya que el diagnóstico preciso y rápido es primordial para un tratamiento adecuado en el que se prefiere el tratamiento médico a los intentos de revascularización.

**C-3****TAQUICARDIA VENTRICULAR INCESANTE COMO DEBUT DE MIOCARDITIS LINFOCITARIA**

**LÓPEZ CRISTIAN, FORERO SANTIAGO, ROMO FABIO, JARAMILLO CAMILO, PUERTA JOSÉ.**

*Clínica Universitaria Colombia. Bogotá D.C. (Colombia).*

**Introducción.** La miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio que puede afectar a los miocitos, tejido intersticial, vasos e incluso el pericardio. Se considera como una causa infradiagnosticada de insuficiencia cardíaca aguda, miocardiopatía dilatada y muerte súbita. En ocasiones representa alto riesgo de muerte en pacientes, causada principalmente por presencia de shock cardiogénico, taquiarritmias ventriculares fatales o bradiarritmias.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

**Métodos.** Se presenta caso de una mujer de 22 años, hipotiroidea, con clínica de papitaciones, discomfort torácico y disnea. Se realizó electrocardiograma compatible con taquicardia ventricular con pulso, con posterior presencia de latidos ventriculares prematuros de características polimórficas, con dupletas y bigeminismo. Presenta refractariedad a manejo inicial, considerándose una tormenta arrítmica. Requirió intubación orotraqueal, con sedoanalgesia, inicio de soporte vasopresor e inotrópico. Se descartó sustrato isquémico. Dada no claridad de cuadro, se realizó resonancia cardíaca que demostró hiperintensidades a nivel de tercio basal, medio, alteraciones en el engrosamiento sistólico del ventrículo izquierdo e hipocinesia en tercio anteroceptal e inferolateral, determinando el diagnóstico de miopericarditis aguda. Dada inestabilidad clínica a pesar de manejo instaurado, se indicó pulsos de metilprednisolona, previo a realización de biopsia endomiocárdica, la cual evidenció miocarditis linfocitaria focal sin fibrosis asociada.

**Resultados.** El diagnóstico de miocarditis se basa en los síntomas, biomarcadores cardíacos, cambios electrocardiográficos de los segmentos ST y anomalías ecocardiográficas. Se requieren imágenes de resonancia magnética cardíaca o biopsia endomiocárdica para el diagnóstico definitivo.

**Conclusiones.** El manejo con esteroides está indicado en formas específicas de miocarditis (eosinofílicas o de células gigantes), recomendación basada en series de casos. Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados de intervenciones terapéuticas óptimas para la miocarditis aguda.

## C-4

### DISECCIÓN AÓRTICA: SIGNOS DE LA DOBLE VALVULA UN RARO HALLAZGO PARA NO OLVIDAR

NIETO JAIME, LÓPEZ CRISTIAN, CÁRDENAS JUAN, GUARÍN SARA.

*Clínica Universitaria Colombia. Bogotá D.C. (Colombia)*

**Introducción.** La disección aórtica se define ecocardiográficamente como un engrosamiento semicircular o circular de la pared aórtica  $\geq 7$  mm con una densidad similar a la de un trombo sin evidencia de flujo Doppler o desgarro de la íntima, la alta resolución del ecocardiograma transesofágico (ETE) permite detectar hematoma y hemorragia intramural, primeros signos de disección aórtica, además de determinar una buena valoración de la anatomía de la raíz y de la gravedad de la regurgitación aórtica.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

**Métodos.** Se presenta caso de masculino de 37 años, previamente sano, asintomático cardiovascular, con hallazgo incidental de soplo diastólico en foco aórtico. Un ETE confirmó, la presencia de dilatación de la raíz aórtica, con insuficiencia moderada de la válvula aórtica, además de la presencia de disección aórtica, donde se evidenciaba una válvula aórtica bivalva en presencia de flap íntimo que configura signo de la doble válvula aórtica, la angiografía de tórax confirmó los hallazgos descritos en el ecocardiograma.

**Resultados.** El ETE tiene un papel de primer orden en el diagnóstico de la enfermedad aórtica, permitiendo demostrar típicamente un engrosamiento localizado de la pared aórtica, valoración anatómica y gravedad. La tomografía axial (TC) multicorte y la resonancia magnética nuclear (RM) son técnicas precisas frecuentemente utilizadas en el síndrome aórtico agudo.

**Conclusiones.** Las características diagnósticas de la disección aórtica incluyen la pared aórtica multicapa separada por hemorragia, engrosamiento de la pared, aumento de la distancia entre la luz y el esófago y zona peri aórtica anecoica como signo de extravasación, la presencia del signo de la doble válvula, como signo ecocardiográfico característico de disección aórtica.

## C-5

### CUANDO EL ELECTROCARDIOGRAMA NOS RECUERDA LA HISTORIA: DIGOXINA

**FORERO-LÓPEZ CRISTIAN, MORENO NELSON.**

*Clínica Universitaria Colombia. Bogotá D.C. (Colombia).*

**Introducción.** La digoxina, es un glucósido cardíaco endógeno, cuyo compuesto molecular es encontrado en plantas y animales. Tiene función a nivel de las células en la bomba sodio potasio ATPasa, además logra un incremento del calcio intracelular a través de receptores de rianodina. Debido a la ventana terapéutica muy estrecha de la digoxina, se necesita atención cuidadosa para mantener el nivel sérico principalmente en insuficiencia renal.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

**Métodos.** Se presenta caso de un hombre de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial, falla cardíaca de etiología isquémica y fibrilación auricular permanente con clínica degastrointestinal, mareo, astenia, adinamia y presíncope.

Dentro de la medicación tomaba digoxina. A su ingreso, con frecuencia cardíaca variable entre 50-60 lpm. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivadas que demostró, fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta, descenso del ST de forma cóncava, ondas T planas y negativas y un intervalo QT corto. Se indicó manejo médico y monitorización continua, con mejoría y resolución de los hallazgos electrocardiográficos.

**Resultados.** Las características clínicas de la toxicidad son a menudo inespecíficas, presentando cambios electrocardiográficos incluso sin síntomas. Se presenta cualquier arritmia con excepción de taquiarritmias auriculares con respuesta ventricular rápida. Al presentar intoxicaciones severas, puede ocurrir taquicardia y fibrilación ventricular.

**Conclusiones.** Su uso de 200 años, demuestra una prescripción de la digoxina a pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular izquierda, se ha informado que la digoxina representa hasta el 50% de las reacciones adversas prevenibles a los medicamentos. La disminución del uso de digoxina significa que la toxicidad se ha vuelto poco común, pero esto significa que puede pasarse por alto cuando ocurre.

## C-6

### ORIGEN ANÓMALO DE ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA: REPORTE DE CASO

MANZUR FERNANDO, CORRALES HUGO, PACHECO CRISTHYAN, CARBONELL LUIS FERNANDO.

*Centro de investigaciones Biomédicas y Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia)*

**Introducción.** En condiciones normales cada arteria coronaria se origina en su seno aórtico respectivo, ocasionalmente se presentan variantes anatómicas que pueden tener repercusiones potencialmente mortales.

**Descripción del caso.** masculino de 35 años, sin antecedentes conocidos, con dolor precordial de 5 años de evolución que se exacerbaba al esfuerzo. Al examen físico sin evidencia de signos de falla cardíaca u otro hallazgo patológico. Electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico sin alteraciones, prueba de esfuerzo convencional positiva por lo que se realizó prueba de perfusión miocárdica de estrés farmacológico con mínima hipocaptación reversible en la región apical y descenso de la fracción de eyección durante el esfuerzo del 5%. Coronariografía evidencio origen anómalo de arteria coronaria izquierda, del seno coronario derecho, con curso benigno retroaórtico y subaórtico sin evidencia de lesiones estenosantes. Paciente fue llevado a cirugía con evolución satisfactoria.

**Discusión.** El origen anómalo de arterias coronarias es una entidad inusual, con una incidencia es del 0.3%–1.3% en pacientes sometidos a coronariografía y de 0.99%–5.8% en angiotomografía. Su presentación clínica es muy variable, pudiendo ser asintomática hasta la muerte súbita la cual se presenta en menos del 1% de los casos.

La coronariografía es el patrón de oro para el diagnóstico, pero la angiotomografía se ha convertido en una herramienta de primera línea debido a que permite identificar el origen y el curso de las anomalías.

Con relación al manejo cuando esta se presenta con síntomas isquémicos se recomienda tratamiento quirúrgico bajo la técnica denominada “unroofing”, en casos de enfermedad coronaria concomitante la intervención coronaria percutánea es una opción.

**C-7****CORAZÓN Y PULMÓN BAJO ESTRÉS POR LA ALTURA EN UNA ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO**

**QUINTERO-VILLAMIZAR JONATHAN ANDRÉS, HERNÁNDEZ-ESPINOZA CRISTIAN JAVIER, CABEZA-RUIZ LUIS DANIEL, FAJARDO-RIVERO JAVIER ENRIQUE.**

*Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia)*

Paciente femenina de 13 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien realizó viaje con un ascenso aproximado de 2865 metros, con duración de 15 horas, 2 días después presenta clínica de 7 horas de evolución, caracterizado por dificultad para respirar, tos seca, dolor torácico opresivo asociado a patrón respiratorio, cianosis peribucal, criodiaforesis, mareo y adinamia, por lo cual consultó a centro de salud, donde se evidenció taquipneica, taquicárdica y desaturada, iniciaron manejo con oxígeno suplementario a flujos medios y manejo broncodilatador. Remiten a mayor nivel donde se evidencia signos vitales en metas, taquicardia, taquipnea leve, normosaturada con oxígeno a bajos flujos, con leve disminución de los ruidos respiratorios y estertores escasos, sin sibilancias. Laboratorios con evidencia de hemograma con leucocitosis y neutrofilia, linfopenia leve, Proteína C reactiva levemente elevada, función renal preservada, hiperpotasemia leve, troponina I cuantitativa francamente elevada, Péptido natriurético elevado, dímero D en metas, antígeno para covid-19 negativo, tiempos de coagulación en rangos de normalidad, gases arteriales sin trastorno ácido-base, con hiperlactatemia y leve hipoxemia, con una PaFi sugestiva de síndrome de dificultad respiratoria moderada y gradiente alveolo-capilar aumentado, radiografía de tórax con evidencia de incremento difuso en la densidad bilateral de predominio hacia ambos ápices sugestivos de edema pulmonar, sin derrame pleural o consolidaciones bronconeumónicas, electrocardiograma con taquicardia sinusal, ecocardiograma transtorácico, con función sistólica/diastólica ventricular normal, cavidades cardíacas, raíz aórtica y masa ventricular normal, no signos de aumento de la presión arterial pulmonar, media 12 mmHg, no derrame pericárdico y tomografía de tórax con signos de edema pulmonar en fase mixta. Valorada por neumología, quien considera edema pulmonar de las alturas. Se da egreso con adecuada evolución clínica y paraclínica. En conclusión, paciente con infarto agudo de miocardio tipo 2, secundario a edema pulmonar de las alturas.

## C-8

### TROMBOSIS CORONARIA Y PULMONAR EN UN HOMBRE JOVEN

**RAMÍREZ LORENA, VARGAS ESTEFANÍA.**

*Hospital Santa Clara. Bogotá D.C. (Colombia)*

**Introducción.** Los niveles elevados de homocisteína en sangre, se han asociado con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, enfermedad tromboembólica venosa y complicaciones obstétricas. Presentamos el caso de un hombre de 28 años con enfermedad coronaria y tromboembolismo venoso pulmonar, con evidencia de hiperhomocisteinemia.

**Reporte de caso.** Hombre de 28 años, sin comorbilidades, ni signos de homocistinuria clásica, consulta por cuadro clínico de dolor torácico típico. El estudio angiográfico de urgencia evidencia oclusión total aterotrombótica de la arteria descendente anterior. El ecocardiograma muestra disfunción moderada del ventrículo izquierdo e imagen sugestiva de trombo apical. Se amplió el estudio con angiotomografía de tórax, que evidencia tromboembolismo pulmonar con compromiso de las ramas segmentarias distales para el lóbulo inferior. El estudio etiológico de los eventos trombóticos, demostró un nivel elevado de homocisteína sérica (50 micromol/L). Se descartaron otras causas de enfermedad tromboembólica venosa y arterial.

**Discusión.** En estudios experimentales, se ha evidenciado el papel aterogénico y protrombótico de la homocisteína, lo que sugiere un posible mecanismo para estas asociaciones. Las características histológicas de este daño incluyen: engrosamiento de la íntima, ruptura de la lamina elástica, hipertrofia del músculo liso, acumulación plaquetaria y formación de trombos oclusivos. No hay evidencia en la reducción de los niveles de homocisteína, para la prevención de enfermedad cardiovascular, ni la incidencia de tromboembolismo recurrente.

**Conclusión.** Se debe considerar la medición de homocisteína al evaluar la trombosis arterial o venosa, en una persona joven, sin otras causas primarias. No se sugiere realizar pruebas en otros entornos.



**C-9****IMPULSADO LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN UN HOSPITAL DE 4TO NIVEL: CENTROS DE EXCELENCIA COMO ESTRATEGIA CLAVE**

**RAMÍREZ-YÁÑEZ HERNAN ANTONIO, CAMPAÑA-PERILLA LAURA ANDREA, BUITRAGO-SANDOVAL ANDRÉS FELIPE, FIGUEROA-TRIANA JUAN FRANCISCO.**

*Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** La enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, y cuenta con factores de riesgo bien conocidos y documentados. El infarto agudo de miocardio (IAM) es la manifestación más severa de la enfermedad coronaria y requiere una atención oportuna. Esta situación la convierte en un problema de salud pública que demanda la implementación de estrategias de manejo efectivas para los pacientes afectados. Con el objetivo de estandarizar los procesos de atención y mejorar los resultados clínicos en pacientes con infarto agudo de miocardio, la Fundación Santa Fe de Bogotá ha establecido el primer Centro de Cuidado Clínico en Colombia.

**Diseño y métodos.** Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura con el propósito de establecer criterios de atención médica de alta calidad, los cuales se tradujeron en la definición de 15 indicadores de calidad. Posteriormente, se compararon estos indicadores con los procesos llevados a cabo en la institución para evaluar su cumplimiento. Desde el año 2019 se conformó el primer Centro de Cuidado Clínico en Colombia mediante el cual se manejaron pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión al momento de ingreso a urgencias

**Resultados.** Inicialmente se realizó la conformación de un grupo multidisciplinario, la aplicación de lineamientos de *Joint Commission International* y el trabajo conjunto con otros centros de cuidado clínico. Eventualmente se determinaron 15 indicadores de calidad, dirigidos a evaluar los procesos y desenlaces del tratamiento del infarto de miocardio. Se realizó un análisis descriptivo de la población, se midieron tiempos de atención y se evaluaron índices de calidad para optimizar la atención intrahospitalaria y disminuir morbilidad asociada.

**Conclusiones.** La estandarización y optimización de procesos de cuidado de los pacientes mediante la creación de los centros de cuidado clínico, es una herramienta que permite solventar las brechas en la atención.

## C-10

### DISPOSITIVO WATCHMAN COMO ALTERNATIVA A LA ANTICOAGULACIÓN EN LA FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN PACIENTE CON SANGRADO A REPETICIÓN DE DIFÍCIL MANEJO

**GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, HERRÁN-FONSECA CATALINA, JAIMES-CARDOZO JHAN PAUL, JIMÉNEZ-NORIEGA MARÍA JULIANA, GÓMEZ-CONTRERAS MARÍA CAMILA, LUNA-GUALDRÓN JUAN MANUEL, PEDROZO-JEREZ ISABELA.**

*Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Clínica FOSCAL Internacional, Semillero de Investigación en Medicina Interna UNAB. Bucaramanga (Colombia)*

**Introducción.** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más frecuente en el mundo. Es más frecuente en hombres blancos mayores de 60 años, con una prevalencia del 8.2% en colombianos entre 80-89 años. La FA se origina por múltiples microreentradas a través del atrio, ocasionando un ritmo cardíaco irregular. La terapia de elección es la anticoagulación debido al alto riesgo de eventos cardioembólicos; sin embargo, en pacientes con contraindicaciones para la anticoagulación o con riesgo elevado de sangrado se consideran opciones alternas como el cierre de la auriculilla izquierda con dispositivo Watchman.

**Diseño y métodos.** Hombre mestizo de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular no valvular (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score: 5 pts) anticoagulada con Apixaban (5mg VO cada 12 horas) y hemartrosis atraumática en rodilla derecha asociada a anticoagulación previa con Rivaroxaban (sd). Acude a urgencias por dolor de aparición súbita en rodilla derecha, calor, edema articular y limitación para deambular. Una ecografía de tejidos blandos al ingreso evidenció derrame articular con sinovitis, por lo cual se diagnosticó segundo episodio de hemartrosis atraumática asociada a la anticoagulación con Apixaban. Debido al alto riesgo de episodios futuros, se realizó ecocardiograma transesofágico con protocolo para medición de auriculilla, evidenciándose anatomía óptima para cierre percutáneo de la auriculilla izquierda con dispositivo Watchman.

**Resultados.** Se decidió instalar dispositivo Watchman como alternativa terapéutica a la anticoagulación, por su eficacia y seguridad clínica sustentada en diversos estudios (PROTECT AF, PREVAIL, EWOLUTION) al reducir el riesgo de ICTUS, embolia sistémica y hemorragias por el uso de anticoagulantes

**Conclusiones.** En pacientes con FA no valvular con contraindicaciones o dificultades para la anticoagulación oral, se deben considerar alternativas como el cierre de la auriculilla izquierda con dispositivo Watchman debido a su seguridad y eficacia.

## C-11

### MIXOMA AURICULAR DERECHO: REPORTE DE CASO

**GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, MÉNDEZ-MANOSALVA ANDREA JULIANA, NEIRA-BARAJAS YISETH TATIANA, MENESES-PARRA YULI STEFANIE, MAYORCA-APONTE JUAN CAMILO, MONTES-ARIAS JESÚS FRANCISCO, GÓMEZ-CONTRERAS MARIA CAMILA, MARTÍNEZ-BERMÚDEZ PAULA JULIANA, LÓPEZ-MEDINA MARIA CAMILA.**

*Facultad de Ciencias de Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). Bucaramanga (Colombia)*

**Introducción.** Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, con una incidencia de 0,002-0,3% y prevalencia de 0,001-0,03%. Su prevalencia varía según el tipo de tumor y la ubicación geográfica. Los mixomas cardíacos son los tumores cardíacos primarios más comunes, representando aproximadamente el 59% de ellos. La localización más descrita es en la aurícula izquierda, pero pueden localizarse en cualquier parte del corazón.

**Diseño.** Se presenta reporte de caso de mixoma auricular derecho tratado adecuadamente con la resección quirúrgica del tumor.

**Métodos.** Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2 y asma quien se encontraba asintomático cardiovascular con clase funcional NYHA I. Se realizó electrocardiograma de control documentando un hemibloqueo izquierdo anterosuperior, alteración difusa inespecífica de la repolarización y complejos ventriculares prematuros, por lo tanto, se llevó a ecocardiograma transtorácico anotando la presencia de una masa pediculada de la fosa oval, en aurícula derecha de 8x21 mm que fue removida quirúrgicamente, en cirugía de corazón abierto con requerimiento de circulación extracorpórea. Se extrajo un tumor alargado de consistencia blanda con un estudio histopatológico confirmatorio de mixoma.

**Conclusiones.** El mixoma cardíaco resulta un reto diagnóstico por su presentación asintomática o subclínica, con síntomas inespecíficos. Los avances en las imágenes diagnósticas no invasivas han permitido un mayor diagnóstico y tratamiento temprano, como la resección tumoral, con un aumento en la supervivencia y mejores desenlaces.

**Resultados.** Actualmente los tumores cardíacos primarios se consideran condiciones curables con resecciones quirúrgicas en estadios tempranos.

## C-12

### EXPERIENCIA DEL ARRESTO CARDÍACO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN CALI, COLOMBIA (2011-2020)

MEDINA JHONNY ANDRÉS, QUINTERO JAIME ALEXANDER, SCARPETTA DIEGO FERNANDO, CASTRO CRISTIAN ANDRÉS, PAKER NEGIRETH ANGELL, CARVAJAL SANDRA MILENA, DE PAZ DAVID ANDRÉS.

*Fundación Valle del Lili, Universidad ICESI. Cali (Colombia)*

**Introducción.** El arresto cardíaco es un problema de salud pública debido a su alta morbi-mortalidad. En Colombia hay pocos datos disponibles para caracterizar este evento en nuestra población.

**Diseño-Métodos.** Estudio de cohorte retrospectiva basado en el Registro de arresto cardíaco de un hospital universitario de alta complejidad en Cali, Colombia. Incluimos pacientes adultos mayores de 18 años que ingresaron con arresto cardíaco extrahospitalario (ACEH) o intrahospitalario (ACIH) en el departamento de emergencias (DE) entre 2011 y 2020. El objetivo fue determinar las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de esta cohorte.

**Resultados.** En total, se identificaron 415 pacientes. De estos, 232 eran hombres y la mediana de edad fue de 67 años. El 46,8% tenía antecedente de hipertensión, y el 24,3% de diabetes. Un total de 383 pacientes se presentaron como ACEH con una tasa de supervivencia al alta hospitalaria del 22%. En este grupo, 24% tuvieron un ritmo desfibrilable con una sobrevida al alta del 32%. La sobrevida de los pacientes con ritmo no desfibrilable fue el 15%. En el grupo ACEH el 80,4% requirió intubación orotraqueal, el 83% recibió epinefrina y el 48,3% recibió reanimación inmediata. En el grupo ACEH un total de 187 pacientes (54,6%) lograron retorno a la circulación espontánea, el 45,5% sobrevivieron al alta hospitalaria y de estos el 41,7% presentaron buen rendimiento neurológico (CPC <2; Cerebral performance category).

**Conclusiones.** En nuestro estudio, las características epidemiológicas y los resultados de los pacientes atendidos en el DE con arresto cardíaco son similares a los descritos en la literatura.

## C-13

### INCIDENCIA DE SÍNDROME CARDIORRENAL TIPO I EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA AGUDA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ

**JARAMILLO-VILLEGAS CLAUDIA, MENDOZA-BELTRÁN FERNÁN, SANJUANELO-FONTALVO ALBERTO, SANTIESTEBAN-INFANTE MARIANA, RODRÍGUEZ-CARDONA MARIANA, NOVOA-ARIAS MAYRA.**

*Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** El síndrome cardio-renal(SCR) tipo 1 se caracteriza por el rápido desarrollo de lesión renal debido a una disfunción cardíaca aguda. Se estima que, ocurre aproximadamente en el 25% de los pacientes hospitalizados. Se desconoce la incidencia de SRC tipo 1 a nivel local.

**Materiales y método.** Estudio de descriptivo de corte longitudinal prospectivo, realizado en un centro hospitalario de Bogotá. Se incluyeron 114 pacientes >18 años con falla cardíaca aguda que ingresaron entre noviembre de 2022 y abril de 2023. Se excluyeron pacientes que presentaran inestabilidad hemodinámica diferentes a choque cardiogénico, con uso de contraste durante la hospitalización, con presencia de infección activa y pacientes en terapia de reemplazo renal.

**Resultados.** La edad media fue de 72 años, 51% eran hombres. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más prevalente (70,2%). La mayoría de la población se encuentra en clase funcional III según la NYHA (53.4%). La incidencia de SRC tipo I fue del 48.2%. Se realizó el análisis de supervivencia por método de Kaplan Meier, la mediana de tiempo para el desarrollo de SCR fue de 6.0 días, IC95% (4.5 – 7.5 días). La presencia de SCR tipo I se relaciono con una mayor estancia hospitalaria( 10 días en promedio para los pacientes con SCR tipo I, vs 7 días en los pacientes que no desarrollaban SCR tipo I), con una P 0.003.

**Conclusiones.** El SCR tipo es una entidad frecuente y conlleva a un aumento de estancia hospitalaria en los pacientes con falla cardíaca descompensada.

## C-14

### TERAPIA FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA AGUDA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ

**JARAMILLO CLAUDIA, MENDOZA FERNÁN, SANJUANELO ALBERTO, SANTIESTEBAN MARIANA, RODRIGUEZ MARIANA, NOVOA MAYRA.**

*Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia)*

**Introducción.** La insuficiencia cardiaca aguda constituye la principal causa de ingreso hospitalario en los adultos mayores, e integra un síndrome complejo y potencialmente mortal que precisa de un tratamiento inmediato. En los últimos años, se ha demostrado un beneficio incremental con la terapia modificadora de la enfermedad, con un mayor impacto en mortalidad y en hospitalizaciones futuras en aquellos pacientes con un inicio temprano del manejo basado en la evidencia.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo tipo serie de casos, realizado en un centro hospitalario de Bogotá. Se incluyeron 115 pacientes mayores de 18 años con falla cardiaca aguda que ingresaron entre noviembre de 2022 y abril de 2023.

**Resultados.** 89.5% de los pacientes con falla cardiaca descompensada requirieron diurético tipo ASA durante la hospitalización, con una dosis media de 80 mg, siendo la hipocaliemia la complicación encontrada en 29% de los individuos. Los betabloqueadores constituyeron el segundo medicamento de mayor uso durante la hospitalización y al egreso (65% y 91% respectivamente), seguidos de los antagonistas de receptores de mineralocorticoides de forma hospitalaria (62%), y de los inhibidores de SGLT2 al egreso (88%).

**Conclusiones.** Los diuréticos de ASA representan el medicamento de mayor uso durante la hospitalización en los pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada.

## C-15

### IMPORTANCIA CLÍNICA DE PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS EN EL PRONÓSTICO A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE PACIENTES CON FALLA CARDÍACA DESCOMPENSADA

QUINTANA-PÁJARO LORAINÉ DE JESÚS, RAMOS-VILLEGAS YANCARLOS, MUÑOZ-BÁEZ KAREN, MENDOZA DURAN LUIS DAVID, MANZUR-JATTIN FERNANDO.

*E.S.E Hospital Universitario del Caribe, Cartagena de Indias. Cartagena (Colombia)*

**Introducción.** La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome heterogéneo y multifactorial que se relaciona con inflamación sistémica, pudiendo evaluar mediante biomarcadores obtenidos del hemograma.

**Diseño y métodos.** Se realizó un estudio de corte transversal con seguimiento en un hospital del caribe colombiano desde octubre de 2021 hasta marzo de 2022, incluyendo todos los pacientes con falla cardíaca descompensada que tenían un hemograma realizado en las primeras 24 horas, con el objetivo de evaluar la asociación entre los índices plaquetas/linfocitos (IPL) y neutrófilos/linfocitos (INL) con la mortalidad y reingreso hospitalario.

**Resultados.** Se incluyeron 94 participantes. La mayoría del sexo masculino con una razón 2:1, la mitad de raza negra (51%), la disnea estuvo presente en el 96%. El 46% tenían clase funcional NYHA III y con una fracción de eyección media del 37%. En el hemograma de ingreso, la mediana de las líneas celulares se encontraba dentro de parámetros normales. La mediana del INL fue de 4,75 con RIC (2,5 – 5,24) y del IPL fue de 189,16 con RIC (118,34 - 247,12). Al dividir la población en los diferentes puntos de corte, se evidenció que valores por encima de 3,5 en el INL se asociaron con mayor riesgo para desenlaces mortales con un aumento del 139%, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a los reingresos. Respecto al IPL, solo hubo diferencias significativas con valores mayores a 260, aumentando 172% el riesgo de mortalidad y en un 140% el riesgo de reingresos cuando el IPL era mayor a 200.

**Conclusiones.** Los INL e IPL son marcadores económicos y de fácil acceso en la práctica clínica que puede ayudar a predecir el pronóstico de los pacientes con IC descompensada que ingresen a las salas de Urgencias.

## C-16

### COMUNICACIÓN INTERAURICULAR DIAGNÓSTICO EN EL ADULTO: SERIE DE CASOS

**MENDOZA FERNÁN, DE RO FABIO, CARDONA FERNANDO, ROA ANGELA, BLANCO PAOLA, QUINTANA LORAINE, SARRIA DANIELA.**

*Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia).*

**Introducción.** La comunicación interauricular (CIA) representa una de las cardiopatías congénitas más frecuente en la población general, siendo a menudo diagnosticada en el adulto inclusive en edades avanzadas. Se presenta una serie de casos con manifestaciones clínicas e intervenciones distintas para su corrección.

**Diseño y métodos.** Serie de casos de pacientes con diagnóstico de CIA confirmada por ecocardiografía transesofágica (ETE), evaluación hemodinámica con cateterismo cardiaco derecho y medición de oximetrías para evaluación de cortocircuitos.

**Resultados.** Se identificaron 3 casos de pacientes con CIA: el primer caso femenina de 56 años con antecedente de apnea del sueño, sobrepeso, flutter auricular con cuadro de disnea y dolor torácico en la cual se realiza ETE con hallazgo de CIA tipo ostium secundum con cortocircuito izquierda derecha (CCI-D), llevada a cierre percutáneo con dispositivo ocluidor tipo amplatzer sin complicaciones. El segundo caso femenina de 38 años con antecedente de flutter atrial típico, deterioro de clase funcional con sospecha de hipertensión pulmonar, se realizó ETE con hallazgo de CIA tipo ostium secundum con signos de sobrecarga ventricular derecha y CCI-D en la cual se consideró realizar cierre percutáneo con el mismo dispositivo del caso 1 previa cardioversión de la arritmia intra procedimiento. El tercer caso femenina de 51 años con diagnóstico de CIA desde la infancia sin intervención previa durante su vida con episodios de síncope y dolor torácico con soplo sistólico de hiperflujo y desdoblamiento fijo de s2 con hallazgo de CIA tipo ostium secundum con CCI-D de mayor severidad considerando cierre quirúrgico vía abierta con colocación de parche de pericardio sin complicaciones.

**Conclusiones.** La CIA en el adulto se caracteriza por un espectro variable de presentación, la cual al ser diagnosticada y manejada en forma multidisciplinaria se logran resultados positivos en el pronóstico de los pacientes.